

DOI: 10.12731/2218-7405-2018-10-121-132

УДК 159.9.075

## МЕХАНИЗМЫ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ЗАЩИТЫ У ПАЦИЕНТОВ С СИСТЕМНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ

*Сидорова Т.Н., Павлова Л.И.*

**Цель исследования.** В статье рассматривается системное заболевание соединительной ткани с точки зрения психологической составляющей, уделяется особое внимание механизмам психологической защиты, как факторам, определяющим психологические особенности пациентов.

**Метод или методология проведения работы.** Для изучения механизмов психологической защиты была использована методика «Индекс жизненного стиля Плутчика – Келлермана – Конте» – опросник Life Style Index (адаптация Л.И. Вассермана). Для определения статистической значимости различий средних величин между экспериментальной и контрольной выборкой был использован t-критерий Стьюдента.

**Результаты.** Были определены предпочитаемые механизмы психологической защиты у пациентов с СЗСТ такие как гиперкомпенсация, рационализация, регрессия и вытеснение. Выявлены значимые различия между здоровыми респондентами и пациентами с системными заболеваниями соединительной ткани в использовании базисных защит. Респонденты из контрольной группы в большей степени используют защиты, что является косвенным показателем дезадаптированной личности.

**Область применения результатов.** Результаты могут быть использованы в рамках психологической реабилитации пациентов с СЗСТ.

**Ключевые слова:** системные заболевания соединительной ткани; механизмы психологической защиты; психологические факторы.

## DEFENSE MECHANISMS OF CONNECTIVE TISSUE DISEASES PATIENTS

*Sidorova T.N., Pavlova L.I.*

**Purpose.** *The article discusses the connective tissue systemic disease from in psychological aspects, pays special attention to the mechanisms of psychological defense, as a factor determine the psychological characteristics of patients.*

**Research methods.** *Overall, 30 connective tissue diseases patients were recruited; 30 healthy subjects served as controls. To study the mechanisms of psychological defense we used, the Life Style Index questionnaire Plutchik-Kellerman-Conte – (adaptation by L.I. Wasserman). To determine the statistical significance of the differences in the mean values between the experimental and control samples, the Student's T-test was used.*

**Results.** *The preferred psychological defense mechanisms of the patients with connective tissue diseases, such as hypercompensation, rationalization, regression and repression, were identified. Significant differences between healthy respondents and patients with systemic connective tissue diseases in the use of psychological defenses was found. The respondents from the control group use protection to a greater degree, which is an indirect indicator of the desadapted personality.*

**Keywords:** *connective tissue diseases; psychological defense mechanisms; patients.*

Актуальность изучения проблемы системных заболеваний соединительной ткани обусловлена широким спектром клинических проявлений, вариабельностью течения, поражением многих систем организма. Кроме того, ревматоидный артрит, системная красная волчанка, склеродермия могут быть отнесены к аутоиммунным заболеваниям, в возникновении которых немаловажную роль играют психологические факторы.

Как правило данные заболевания начинаются у людей трудоспособного возраста до 40–50 лет. Согласно сведениям эпидемиологических

исследований частота распространенности системной красной волчанки в популяции составляет 4–250 случаев на сто тыс. населения в год, более 70% заболевают в возрасте 14–40 лет, пик заболеваемости приходится на 14–25 лет. Системная склеродермия занимает второе место, так как заболеваемость составляет 2,7–12 случаев на 1 млн. населения в год, заболевание чаще выявляется в возрасте 30–50 лет [1].

Несмотря на снижение интереса к механизмам психологической защиты в последнее время когнитивные науки подтвердили существование бессознательных психологических процессов, необходимых для защиты психики [9]. Понятие психологической защиты содержит значительный объяснительный ресурс при изучении патогенеза психических и психосоматических заболеваний. З. Фрейд был первым, кто подробно описал функциональное назначение защиты или ее цель. По его мнению, она заключается в ослаблении интрапсихического конфликта (напряжения, беспокойства), обусловленного противоречием между инстинктивными импульсами бессознательного и интериоризированными требованиями внешней среды, возникающими в результате социального взаимодействия [3].

Среди отечественных исследователей наибольший вклад в разработку проблемы психологической защиты с позиций теории установки внес Ф.В. Бассин [2]. Он подчеркивает, что главное в защите сознания от дезорганизующих его влияний психической травмы – понижение субъективной значимости травмирующего фактора. Другие исследователи психологической защиты, такие как В.А. Ташлыков, В.С. Роттенберг, Ф.Е. Василюк, Э.И. Киршбаум, И.Д. Стойков, считают, что психологическая защита – это непродуктивное, вредоносное средство решения внутренних и внешних конфликтов личности [4].

Что касается больных ревматоидным артритом в литературе описаны исследования психологических особенностей пациентов. Обнаружены характерные механизмы психологической защиты:

1. Замещение – защитный механизм, который может проявляться у больных ревматоидным артритом в виде разрядки подавленных эмоций, а они, в свою очередь, направляются на объекты, представляющие меньшую опасность или более доступные, чем те, что вызвали отрицательные эмоции и чувства;

2. Регрессия – предполагает сознательное вытеснение беспокоящего материала, то есть негативных эмоций, в том числе, тревоги, агрессии в область подсознательного, что в свою очередь способствует возникновению и нарастанию ангедонии и депрессии [5]. По данным исследования этот комплекс ощущений и чувств, в свою очередь, может вызвать дисфункции и стать психическим компонентом всего механизма развития ревматоидного артрита;

3. Отрицание – подразумевает инфантильную подмену принятия окружающими вниманием с их стороны, причем любые негативные аспекты этого внимания блокируются на стадии восприятия, а позитивные допускаются в систему [4].

Примечательно, что сами больные обычно не оценивают серьезно свои ощущения и ограничения, долгое время их деятельность остается активной, несмотря на ограничение движений [5]. Однако, в литературе отмечается, что среди пациентов с системной красной волчанкой, ревматоидным артритом, аутоиммунным васкулитом, синдромом Сикки и болезнью Крона значительно повышается риск развития биполярного расстройства [14]. Молодые пациенты с системной красной волчанкой считают, что они существенно ограничивают физические и социальные возможности, ограничивают постановку личных и карьерных целей [12].

**Цель** настоящего исследования – определить механизмы психологической защиты у пациентов с СЗСТ.

Выборку составили мужчины и женщины в возрасте от 25 до 75 лет; среди больных СЗСТ преобладали женщины (6 мужчин, 24 женщин): согласно статистическим данным при СЗСТ соотношение женщин и мужчин оценивается как 3:1 [8]. Дебют заболевания в возрасте не менее 25 лет; длительность течения заболевания – не менее двух лет. Пациенты имели подтвержденный диагноз.

## **Методы**

Для анализа и выделения предпочитаемых механизмов психологической защиты была использована методика «Индекс жизненного стиля» Плутчика – Келлермана – Конте в адаптации Л.И. Вассер-

мана. Выделяют восемь шкал, которые тесно связаны с базисными эмоциями психоэволюционной теории [10]: проекция, отрицание, регрессия, замещение, вытеснение, компенсация, гиперкомпенсация, рационализация.

Полученные результаты обрабатывались с помощью t-критерия Стьюдента.

### Результаты и их интерпретация

В результате сравнения средних значений по показателям свойств личности в группе пациентов с системными заболеваниями соединительной ткани и относительно здоровыми респондентами. При интерпретации полученных данных следует учитывать, что сходные черты личности и защитные механизмы связаны с тяжестью соматических симптомов и зависят от стадии заболевания [7]. К сожалению, в нашем исследовании приняли участие пациенты на различных стадиях заболевания.

Значимые различия были выявлены по показателю регрессия ( $t=2,82$ ;  $p<0,007$ ), данный показатель значимо выше в группе здоровых респондентов (см. Таблица 1).

Таблица 1.

**Различия в использовании механизмов психологической защиты  
(t-критерий Стьюдента)**

Механизмы психологической защиты	Среднее арифметическое $\mu$		Т-критерий Стьюдента	Уровень знач. р
	Больные СЗСТ	Здоровые		
регрессия	53,23	68,57	-2,82	0,007
замещение	44,67	59,90	-2,30	0,025
отрицание	50,40	64,97	-2,50	0,015
компенсация	44,67	68,87	-3,64	0,001
рационализация	53,80	69,50	-2,78	0,007

То есть, здоровые респонденты более склонны к психологическим защитам, при которых человек заменяет решение субъективно более сложных задач на относительно простые и доступные в сложных ситуациях. Здоровые респонденты выражают неосознаваемые

желания или конфликты в действиях, препятствующих их осознанию. Возможно, наличие такой деятельной активности у здоровых респондентов, пусть и не всегда осознанной, позволяет снижать внутреннее напряжение и избежать психосоматического разрешения внутреннего конфликта.

Значимые различия были выявлены и по механизму замещение ( $t=2,30$ ;  $p<0,025$ ). Данный показатель также значимо выше в группе здоровых респондентов. То есть, здоровые респонденты более склонны к разрядке подавленных эмоций, которые направляются на объекты, представляющие меньшую опасность или более доступные, чем те, что вызвали отрицательные эмоции и чувства. Респонденты, болеющие СЗСТ, в меньшей степени обладают такой психологической защитой при которой напряжение от фрустрирующей ситуации может разряжаться на сторонний более безопасный объект.

В качестве механизма психологической защиты отрицание применяется чаще в группе здоровых респондентов ( $t=2,50$ ;  $p<0,015$ ). Пациенты с СЗСТ менее склонны отрицать некоторые аспекты реальности, которая тревожит или может привести к конфликту и ставит под угрозу самооценку. Возможно, испытуемые из контрольной группы прибегают к данной психологической защите в силу большей включенности в различные социальные группы.

Кроме того, значимые различия были выявлены и по показателю компенсация ( $t=3,64$ ;  $p<0,001$ ). Эта психологическая защита также значимо выше в группе здоровых респондентов. В сравнении с болеющими респондентами они склонны к искажению реальной ситуации, пытаются найти замену реального или воображаемого недостатка, путем присвоения себе достоинств, ценностей и поведенческих характеристик другой личности. Здоровые респонденты больше сдерживают чувства печали, утраты, нехватки, недостатка или неполноценности. Больше, чем пациенты с СЗСТ ориентированы на преодоление трудностей, достижение высоких результатов в деятельности.

Испытуемые из контрольной группы больше склонны к рационализации, чем респонденты из экспериментальной ( $t=2,78$ ;  $p<0,007$ ).

Степень, в которой человек использует разум и логику как общий подход к решению проблемы окружающей среды, связана с контролем беспокойства и более высоким уровнем любознательности [11]. Их поведение характеризуется стремлением к логическим, благовидным обоснованиям своего или чужого поведения, если оно угрожает потерей самоуважения. Они в сравнении с болеющими, обладают способностью смягчить удар по собственному самоуважению и самооценке путем объяснений или логических построений. Возможно, эта способность позволяет им иметь меньший уровень внутреннего напряжения и выдерживать психоэмоциональные нагрузки.

У всех пациентов с системными заболеваниями соединительной ткани отмечается достаточно сбалансированная система механизмов защиты, которая проявляется в доминировании следующих защитных механизмов: гиперкомпенсация, рационализация, регрессия, вытеснение. Как видно на рисунке 1 преобладающие механизмы защиты относятся к группе невротических.

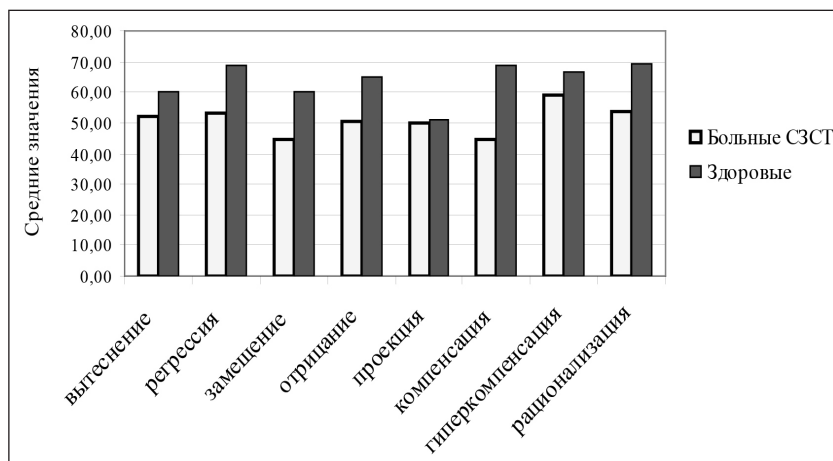


Рис. 1. Предпочитаемые механизмы психологической защиты

Высокая напряженность невротических механизмов психологической защиты, характерная для пациентов с СЗСТ, при избыточном проявлении теряет адаптивную функцию. В клинической практике мо-

жет приводить к возникновению неврозов, к отказу от активных форм борьбы с недугом. Психологический фактор играет значительную роль в самочувствии пациентов. Например, при остеоартите на общую самооценку здоровья пациентов больше влияло количество рентгенографических исследований, а не реальное ухудшение здоровья [15].

Регрессия относится к незрелым механизмам психологической защиты, что может негативно сказаться на качестве терапевтического ответа. Данный механизм указывает на незрелость личности, у взрослых часто связан с патологическими чертами личности или болезнями. Согласно классификации Р. Плутчика рационализация относится к «высшим» защитным механизмам, а регрессия к «низшим» [10]. Клиническая оценка незрелых защит является особенно полезной для классификации и реабилитации пациентов [13].

Таким образом, относительно здоровые респонденты продемонстрировали более высокие показатели по всем механизмам психологической защиты, что может служить косвенным показателем дезадаптивности личности. Тогда как для пациентов с системными заболеваниями соединительной ткани характерно применение невротических механизмов защиты. Однако, последние исследования показали улучшение общего состояния здоровья у пациентов с высоким уровнем защиты [6]. При помощи механизмов психологической защиты больной человек «вытесняет» из сознания факты, связанные с заболеванием, «рационализирует», преуменьшая значимость имеющихся нарушений или логически объясняя бессознательное желание соответствовать требованиям окружения – родственников, медицинских работников.

**Информация о конфликте интересов.** Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

### *Список литературы*

1. Андрианова И.А., Амирджанова И.А., Кричевская О.А. Комплексная оценка качества жизни больных ревматоидным артритом (результаты 1 этапа многоцентрового исследования качества жизни



- при ревматоидном артрите) // Научно-практическая ревматология. 2006. № 2. С. 11–17.
2. Бассин Ф.В. О силе «Я» и психологической защите // Вопросы философии, 1969. №2. С. 118–125.
  3. Бройер Й., Фрейд З. Исследования по истерии. Изд.: Harmondsworth (Middx) etc.; 1980. С. 42.
  4. Лас Е.А. Эмоционально-личностные предикторы отношения к болезни у пациентов с ревматоидным артритом // Известия Российского государственного педагогического университета им. А.И. Герцена. СПб., 2012. N 150. С. 262–270.
  5. Романова Е.С., Гребенников Л.Р. Механизмы психологической защиты: генезис, функционирование, диагностика. Изд.: «Талант», г. Мытищи, 1996 г. 144 с.
  6. Goulia P., Voulgari P. V., Tsifetaki N., Andreoulakis E., Drosos A.A., Carvalho A.F., Hyphantis T. Sense of coherence and self-sacrificing defense style as predictors of psychological distress and quality of life in rheumatoid arthritis: a 5-year prospective study // *Rheumatology International*. 2015. T. 35, № 4, pp. 691–700.
  7. Hyphantis T., Goulia P., Carvalho A. F. Personality traits, defense mechanisms and hostility features associated with somatic symptom severity in both health and disease // *Journal of Psychosomatic Research*. 2013. T. 75, № 4. С. 362–369.
  8. McDonald H.N. Exploring occupational disruption among women after onset of rheumatoid arthritis // *Arthritis Care & Research*. 2012. № 2, pp. 197–205.
  9. Piga M., Congia M., Gabba A., Figus F., Floris A., Mathieu A., Cauli A. Musculoskeletal manifestations as determinants of quality of life impairment in patients with systemic lupus erythematosus // *Lupus*. 2018. T. 27, № 2, pp. 190–198.
  10. Plutchik R., Kellerman H., Conte H.R. A structural theory of ego defenses and emotions // *Emotions in Personality and Psychopathology*. 1979, pp. 229–257.
  11. Swan G.E., Carmelli D., Dame A., Rosenman R.H., Spielberger C.D. The rationality emotional defensiveness scale 2 convergent and dis-

- criminant correlational analysis in males and females with and without cancer // *Journal of Psychosomatic Research*. 1992. Т. 36, № 4, pp. 349–359.
12. Tunnicliffe D.J., Singh-Grewal D., Chaitow J., Mackie F., Manolios N., Lin M.W., O'Neill S.G., Ralph A. F., Craig J.C., Tong A. Lupus Means Sacrifices: Perspectives of Adolescents and Young Adults With Systemic Lupus Erythematosus // *Arthritis Care & Research*. 2016. Т. 68, № 6, pp. 828–837.
13. Vaillant G. E. Ego mechanisms of defense and personality psychopathology // *Journal of Abnormal Psychology*. 1994. Т. 103, № 1, pp. 44–50.
14. Wang L.Y., Chiang J.H., Chen S.F., Shen Y.C. Systemic autoimmune diseases are associated with an increased risk of bipolar disorder: A nationwide population-based cohort study // *Journal of Affective Disorders*. 2018. Т. 227, pp. 31–37.
15. Wilson R., Blakely T., Abbott J.H. Radiographic knee osteoarthritis impacts multiple dimensions of health-related quality of life: data from the Osteoarthritis Initiative // *Rheumatology*. 2018. Т. 57, № 5, pp. 891–899.

### References

1. Andrianova I.A., Amirdzhanova I.A., Krichevskaya O.A. *Nauchno-prakticheskaya revmatologiya*. 2006. № 2, pp. 11–17.
2. Bassin F.V. *Voprosy filosofii*, 1969. №2, pp. 118–125.
3. Broyer Y., Freyd Z. *Issledovaniya po isterii* [Studies on hysteria]. Izd.: Harmondsworth (Middx) etc.; 1980. S. 42.
4. Las E.A. *Izvestiya Rossiyskogo gosudarstvennogo pedagogicheskogo universiteta im. A.I. Gertsena*. SPb., 2012. N 150, pp. 262–270.
5. Romanova E.S., L.R. Grebennikov *Mekhanizmy psikhologicheskoy za-shchity: genesis, funktsionirovanie, diagnostika* [Grebennikov. Mechanisms of psychological defense: genesis, functioning, diagnostics]. Izd.: «Tallant», Mytishchi, 1996. 144 p.
6. Goulia P., Voulgari P.V., Tsifetaki N., Andreoulakis E., Drosos A.A., Carvalho A.F., Hyphantis T. Sense of coherence and self-sacrificing defense style as predictors of psychological distress and quality of life in

- rheumatoid arthritis: a 5-year prospective study. *Rheumatology International*. 2015. V. 35, № 4, pp. 691–700.
7. Hyphantis T., Goulia P., Carvalho A. F. Personality traits, defense mechanisms and hostility features associated with somatic symptom severity in both health and disease. *Journal of Psychosomatic Research*. 2013. V. 75, № 4, pp. 362–369.
  8. McDonald H.N. Exploring occupational disruption among women after onset of rheumatoid arthritis. *Arthritis Care & Research*. 2012. № 2, pp. 197–205.
  9. Piga M., Congia M., Gabba A., Figus F., Floris A., Mathieu A., Cauli A. Musculoskeletal manifestations as determinants of quality of life impairment in patients with systemic lupus erythematosus. *Lupus*. 2018. V. 27, № 2, pp. 190–198.
  10. Plutchik R., Kellerman H., Conte H. R. A structural theory of ego defenses and emotions. *Emotions in Personality and Psychopathology*. 1979, pp. 229–257.
  11. Swan G.E., Carmelli D., Dame A., Rosenman R.H., Spielberger C.D. The rationality emotional defensiveness scale 2 convergent and discriminant cor-relational analysis in males and females with and without cancer. *Journal of Psychosomatic Research*. 1992. V. 36, № 4, pp. 349–359.
  12. Tunnicliffe D.J., Singh-Grewal D., Chaitow J., Mackie F., Manolios N., Lin M.W., O'Neill S.G., Ralph A.F., Craig J.C., Tong A. Lupus Means Sacrifices: Perspectives of Adolescents and Young Adults With Systemic Lupus Erythematosus. *Arthritis Care & Research*. 2016. V. 68, № 6, pp. 828–837.
  13. Vaillant G.E. Ego mechanisms of defense and personality psychopathology. *Journal of Abnormal Psychology*. 1994. V. 103, № 1, pp. 44–50.
  14. Wang L.Y., Chiang J.H., Chen S.F., Shen Y.C. Systemic autoimmune diseases are associated with an increased risk of bipolar disorder: A nationwide population-based cohort study. *Journal of Affective Disorders*. 2018. V. 227, pp. 31–37.
  15. Wilson R., Blakely T., Abbott J.H. Radiographic knee osteoarthritis impacts multiple dimensions of health-related quality of life: data from the Osteoarthritis Initiative. *Rheumatology*. 2018. V. 57, № 5, pp. 891–899.

## ДАННЫЕ ОБ АВТОРАХ

**Сидорова Туйаара Никифоровна**, старший преподаватель кафедры «Психология и социальные науки»  
*ул. Белинского, 58, г. Якутск, Республика Саха (Якутия), 677000, Российская Федерация*  
*tuyas\_ok@mail.ru*

**Павлова Лора Игоревна**, студент  
*Северо-Восточный федеральный университет*  
*ул. Белинского, 58, г. Якутск, Республика Саха (Якутия), 677000, Российская Федерация*  
*arai\_birde@mail.ru*

## DATA ABOUT THE AUTHORS

**Sidorova Tuyaara Nikiforovna**, Senior Lecturer, Department of Psychology  
*North-Eastern Federal University named after M. K. Ammosov*  
*58, Belinsky Str., Yakutsk, Sakha Republic (Yakutia), 677000, Russian Federation*  
*tuyas\_ok@mail.ru*  
*SPIN-code: 9136-4036*  
*ORCID: 0000-0001-6730-8040*  
*ResearcherID: F-4796-2013*

**Pavlova Lora Igorevna**, Student, Department of Psychology  
*North-Eastern Federal University named after M. K. Ammosov*  
*58, Belinsky Str., Yakutsk, Sakha Republic (Yakutia), 677000, Russian Federation*  
*arai\_birde@mail.ru*